

初診・受付 問診票

当院を何で知りましたか ホームページ 親族 友人 タウンページ 駅の看板 その他 ()

住所	〒 (-)		
ふりがな			大・昭・平 年 月 日生
氏名	※戸籍名でおねがいします		(歳)
自宅tel		職	
携帯電話		業	

今回の診察の目的に○をつけてください。 **血液型 (A・B・AB・O・型)**
Rh型 (+ ・ -)

- ① 出産を希望する (当院 他院 帰省先で) ⑪ ~~不妊の相談~~
↳ 無痛分娩を希望 (する・しない) ⑫ ~~避妊の相談~~
出産を希望しない (中絶希望) ⑬ ~~夫婦生活の相談~~
② 性器からの出血 ⑭ ~~子宮癌の検査~~
③ 生理不順 ⑮ ~~乳癌検査~~
④ 生理の異常 ⑯ 性病の検査
(長引く・多い・少ない・痛む) ⑰ ~~子供のかぜ・下痢など~~
⑤ 腹痛・腰痛 ⑱ 生理日の変更 (生理の日をずらす。)
⑥ 発熱 (/ ~ /) 生理を止めたい期間
⑦ 排尿の痛み・頻尿 ⑲ その他
⑧ 帯下 (おりもの) の異常 (色 におい 等) ()
⑨ 外陰部のかゆみ・痛み
⑩ 更年期障害
(のぼせ・めまい・冷え・肩こり)

以下を御記入ください

初潮 (才) 結婚 (才) 体重 (kg) 身長 (cm) BMI ()
月経周期 (日 ~ 日型) 28日~32日型とか 閉経 (才)
最終月経 (月 日 ~ 日間)
妊娠歴 (妊娠 回 そのうち分娩 回 中絶 回 流産 回)
喫煙 (あり 1日 () 本 ・ なし)
飲酒 (1日2合以上 ・ 2合以下)
B型肝炎 (あり・なし)
出血しやすい (はい・いいえ)
出産時の異常 (あり (高血圧 切迫早産 出血多量) ・なし)
じんましん (あり・なし)
薬物アレルギー (あり・なし)
持病 過去の病気を記入して下さい
()